Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 505 de 2016

VISITA DE LEGISLADORAS DEL PARLAMENTO DE FINLANDIA

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 14 abril de 2016

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señora Representante Nibia Reisch.
MIEMBROS:	Señor Representante Luis Gallo Cantera.
DELEGADA DE SECTOR:	Señora Representante Stella Viel.
INVITADOS:	Embajador de la República de Finlandia en Uruguay y Legisladoras del Parlamento de Finlandia integrantes de la Comisión de Salud.
SECRETARIA:	Señora Myriam Lima.
PROSECRETARIA:	Señora Viviana Calcagno.

SEÑORA PRESIDENTA (Nibia Reisch).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto en recibir a una delegación de representantes de la Comisión de Asuntos Sociales y Salud del parlamento finlandés, integrada por las señoras Tuula Haatainen, Hannakaisa Heikkinen, Outi Alanko- Kahiluoto, Anna- Maija Henriksson, Sanna Lauslahti, Anne Louhelainen, Aino- Kaisa Pekonen, Sari Raassina y Annika Saarikko. Las acompañan la consejera de la Comisión, señora Eila Mäkipää, el embajador de Finlandia, Jukka Siuksaari, el cónsul honorario de Finlandia, Andrew Cooper, y el asistente del Consulado, Tarja Laaksonen.

Soy la presidenta de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, y me acompañan la señora diputada Stella Viel, el señor diputado Luis Gallo Cantera y el señor diputado Jorge Meroni, que integra la Comisión Especial de Población y Desarrollo.

Estamos muy interesados en intercambiar con quienes nos visitan hoy distintos puntos de vista. Escucharemos en primer lugar vuestros planteos y las consultas que quieran hacernos.

SEÑORA HAATAINEN (Tuula) (Interpretación del idioma inglés).- Les agradecemos que nos hayan recibido. Soy presidenta del Comité de Asuntos Sociales y de Salud. En esta delegación somos todas

mujeres, pero también hay miembros hombres que en esta oportunidad no formaron parte de la comitiva. De modo que es una coincidencia que seamos solo mujeres las presentes en el día de hoy.

Venimos de Argentina; ayer llegamos a Uruguay y hoy en la mañana tuvimos distintas reuniones. Estuvimos en el Banco de Prótesis y luego en el Ministerio de Desarrollo Social con la señora ministra. Escuchamos una introducción muy buena acerca del trabajo que están haciendo y de las políticas multidisciplinarias que están implementando para las personas con discapacidades, para los adultos mayores y en salud. También hemos visto el paquete de natalidad y los nuevos materiales que se han presentado, como la cuna, como parte del programa en el país.

Es muy prometedor todo lo que tenemos en común, como las políticas para el bienestar de la sociedad. Entendemos que ustedes han estado desarrollando su legislación, su normativa, de tal modo de apuntar a lograr igualdad y a tomar en consideración los asuntos de igualdad de género. También han desarrollado políticas educativas y el sistema de cuidados en la infancia. En estos aspectos encuentro muchas similitudes con Finlandia.

En mi país tenemos un gran consenso acerca de cómo consideramos el estado de bienestar; compartimos los mismos valores. Nuestro sistema educativo es sumamente respetado y los distintos gobiernos, las distintas administraciones, no hacen grandes reformas ni grandes cambios al sistema educativo fundamental, básico. Hemos visto que en Uruguay quieren llegar a tener la misma perspectiva.

Lo que me gustaría saber es cómo ven en Uruguay a la sociedad uruguaya, cuáles son los grandes desafíos que tienen que enfrentar hacia el futuro con respecto a las políticas de bienestar, de familia y de adultos mayores. Asimismo, cuáles son los grandes problemas que enfrenta la sociedad y qué medidas están adoptando para abordarlos.

También nos gustaría saber cuál es el tema en boga en su Comisión, qué es lo que están trabajando y qué es lo que se viene en el futuro cercano en cuanto a normativa y legislación, ya que hemos tenido una visión general de la normativa en cuanto a los cuidados y las políticas familiares.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Saludo al señor embajador y al conjunto de las legisladoras. Que toda la delegación esté integrada por mujeres habla bien de las políticas de género de Finlandia; las felicito por ello.

Lamentablemente, el tiempo del que disponemos no es mucho, ya que ustedes tienen una hora de partida, y esto sería para conversar en profundidad durante mucho tiempo. Más que contar experiencias particulares en temas muy específicos, me gustaría centrarme en la reforma estructural que tuvo el sistema de salud en Uruguay a partir del año 2005, cuando cambió en forma radical. Creamos un Sistema Nacional Integrado de Salud con dos subsectores: uno público y otro privado. Cada uno de los individuos y trabajadores del país aporta a un fondo, el Fondo Nacional de Salud, que reparte el dinero a las instituciones prestadoras de salud, públicas o privadas, como una cápita de acuerdo a la cantidad de personas afiliadas que tenga la institución y tomando como parámetros la edad y el sexo. Cada prestador integral de salud integra una canasta básica de prestaciones, denominadas PIAS. Allí están comprendidos todos y cada uno de los procedimientos terapéuticos y tecnológicos que están obligados a dar. Eso se determina mediante un acuerdo entre el Estado, a través de la Junta Nacional de Salud, y los prestadores de salud. Se firma un contrato de gestión que establece que la Junta Nacional de Salud les pagará mensualmente la cápita a cada una de las instituciones y, como contrapartida, las instituciones brindarán esa canasta de prestaciones.

Quiero aclarar que además de diputado soy cirujano infantil. Hace casi veintisiete años que ejerzo la medicina y conozco desde adentro tanto el subsector público como el privado. Además, en el período anterior fui presidente de la Junta Nacional de Salud, que administra este sistema. He tenido la posibilidad de viajar por el mundo y conocer otras realidades. Si comparamos la cobertura en salud que hoy da el sistema, con la que existe en otros países, veremos que es muy buena en relación al dinero que cada trabajador aporta. Así que estamos orgullosos por eso.

Por otro lado, tenemos el Fondo Nacional de Recursos, que se financia con una pequeña cuota, y está destinado a atender enfermedades catastróficas. Como ustedes saben, las enfermedades catastróficas son las que tienen poca incidencia y costos muy altos. A través del Fondo se realizan cirugías cardíacas, prótesis de

cadera y de rodilla, se atienden cuatro o cinco enfermedades tumorales -se dan determinados medicamentos de quimioterapia- y pacientes con HIV. En el mismo lugar, se puede atender desde el presidente de la República hasta la persona más indigente del Uruguay. Nos enorgullece tener este Fondo, que realmente da resultados.

Obviamente, si bien estamos satisfechos con todo lo que se ha logrado desde 2006 -año en que se pusieron en práctica las leyes que aprobamos en este Parlamento para poner en marcha el sistema-, tenemos desafíos.

Uno de los grandes desafíos del mundo tiene que ver con los medicamentos de alto costo, sobre todo, los que se utilizan para tratar el cáncer en etapa terminal. Tenemos una lucha muy importante con las empresas multinacionales, que todos los días sacan fármacos nuevos a costos impagables, que todavía no han demostrado si mejoran la calidad de sobrevida ni si curan o no la patología que tratan. Ese es un desafío que tenemos todos, incluido nuestro país. Hemos avanzado pero tenemos dificultades para llevar adelante los tratamientos que los médicos prescriben, porque esos medicamentos no están contemplados dentro de la canasta y son extremadamente costos. Si liberalizáramos los tratamientos y Uruguay empezara a dar a todos los pacientes con cáncer los tratamientos que prescriben los médicos para mejorar la calidad de sobrevida, tendríamos un costo de ocho billones de dólares anuales; creo que ningún país del mundo puede absorber ese monto.

Tenemos otro desafío importante que tiene que ver con algo que nos avergüenza un poco. Soy médico y político y siempre hablo de las cosas que andan bien y también de las que están mal. Si bien Uruguay ha avanzado mucho en esta área, lamentablemente, en salud mental tiene carencias muy importantes.

Este gobierno -me refiero a los partidos que lo integran y a los que no; hablo de todo el espectro político- ha asumido el compromiso de mejorar la salud mental. Seguramente, este año la Comisión va a empezar a tratar un proyecto de ley remitido por el Poder Ejecutivo que aborda esta problemática de una forma absolutamente distinta a como se está implementando hoy.

Aunque a ustedes les parezca mentira, todavía tenemos asilos donde se depositan los pacientes con trastornos mentales crónicos. Están en las colonias veinte o treinta años, y mueren sin recibir la asistencia que merecen.

Queremos transformar el sistema de salud mental y sacar de esos lugares a las personas. El 80% de ellas son autoválidas. Junto al Sistema de Cuidados pensamos implementar pequeños círculos de pacientes, con acompañamiento personal. Así vamos a ir abatiendo esas grandes colonias, que hoy tienen entre mil y mil doscientos pacientes internados. La intención es que vayan desapareciendo y crear casas de medio camino, con asistente terapéutico. Por supuesto, va a quedar un remanente de personas que son crónicas y que no se pueden rehabilitar.

Queremos evitar que haya sistemas de atención específicos para los pacientes con problemas de salud mental. Entendemos que la patología de salud mental es invalidante y degradante. Todos los prestadores públicos y privados deben tener un lugar específicamente adecuado para la asistencia de estos pacientes en la fase aguda.

Actualmente, si una persona intoxicada con fármacos o drogas comete una infracción y un juez determina su internación compulsiva en un sanatorio psiquiátrico, esa persona queda estigmatizada de por vida porque estuvo internada, por ejemplo, en el Hospital Vilardebó, y después que se cura, le cuesta muchísimo reinsertarse en la vida laboral.

Queremos cambiar el paradigma de la salud mental. Ese es el gran desafío que tiene esta Comisión; seguramente, comenzará a tratar el proyecto a mediados de año, cuando lo remita el Senado.

Voy a plantearles un problema que tenemos, que tal vez ustedes no tengan, pero para nosotros es muy importante que conozcan, y refiere a los recursos humanos en salud.

En los recursos humanos incluimos a médicos, a técnicos y a personal vinculado a la salud en todas sus áreas. Tenemos problemas de cantidad de recursos humanos en algunas especialidades y tenemos dificultades en la distribución de estos profesionales en el país.

Como ustedes saben, Uruguay es pequeño, y está cruzado por el Río Negro, que está en la mitad del país. Los departamentos de Montevideo y Canelones están en el extremo sur, y el 70% de los recursos humanos en salud está allí; el 30%, en el resto del país. Si uno traza una línea imaginaria por el Río Negro, de ese 30%, solamente 7% está al norte del río y 23% al sur.

Como dije, tenemos problemas de distribución, y eso afecta indirectamente la calidad asistencial. Por ejemplo, en el norte del país, tal vez solo atiendan dos o tres neuropediatras infantiles. Ese es un problema grave que tenemos.

Nosotros creemos que la atención primaria en salud debe ser uno de los pilares de transformación de cualquier sistema de salud. En un sistema normal que apunta a la atención primaria en salud cada cuatro nurses debe haber un médico. La relación en Uruguay es exactamente a la inversa: hay cuatro médicos por nurse. Eso dificulta llevar la atención primaria al territorio con la concepción que tenemos. Este es otro problema serio que tenemos.

Los médicos se reciben en Montevideo, que es donde está la Facultad de Medicina. Anteriormente, había una sola universidad, ahora también existe una privada. Una vez que los estudiantes se reciben de doctores no vuelven más a su lugar de origen, porque empiezan a estudiar un posgrado o una especialidad, y se radican en Montevideo. Eso va alejando del norte del Uruguay a muchos especialistas. Nos gustaría que los médicos se radicaran en sus lugares origen. Este es otro gran desafío que tiene el Uruguay por delante.

Siempre he creído que el político que diga que esto se resuelve en dos o tres años está mintiendo. Estas políticas de transformación son a mediano y a largo plazo, tienen que estar vinculadas a la Universidad de la República y tiene que haber un acuerdo político importante para llevarlas adelante.

SEÑORA SAARIKKO (Annika) (Interpretación del idioma inglés).- Antes que nada, quiero agradecer por la invitación.

Mi pregunta tiene que ver con la cápita. Me gustaría saber cómo fue el proceso, si fue difícil y cómo cambió las cosas, por ejemplo, la mortalidad de madres en el momento del parto.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Voy a contestar primero qué es la cápita.

Desde hace muchos años, el Uruguay tiene un sistema público y un sistema mutual o de cooperativas médicas. El individuo se afiliaba a la institución y pagaba una cuota fija que establecía el Poder Ejecutivo. A partir de la reforma ya no se cobra más cuota fija. El aporte es 6,5% del núcleo familiar, que se vuelca directamente al Fondo; o sea, se toman en cuenta los salarios del grupo familiar, y con eso tienen cobertura el padre, la madre y todos los hijos que tengan a cargo. Ese dinero tiene un componente meta y un componente cápita.

La cápita refiere a todos los gastos fijos incluidos dentro de la prestación: el PIAS, los medicamentos y los procedimientos. Se hace un cálculo específico que da prácticamente el 90% de la cuota Fonasa. Fonasa es el Fondo Nacional de Salud y se llama cuota Fonasa a lo que cada institución recibe por cada afiliado, y tiene dos componentes. Las metas prestacionales fue una experiencia única en Uruguay; si se cumplen, la institución recibe 10% de esa cuota Fonasa.

Hoy tenemos cuatro metas prestacionales. A mi entender, la más importante es la que tiene que ver con el control del embarazo. La institución tiene que captar a la embarazada, hacerle un control mensual del embarazo y los chequeos correspondientes -hemograma, ecografía, etcétera- hasta que nazca el bebé. Después que nace, va a ser controlado en los períodos adecuados hasta que se le da el alta, y en la primera semana se envía una nurse o un pediatra a domicilio para revisar aquellos bebés que nacieron con bajo peso o que tienen algún riesgo. Los controles serán hasta los tres años. La institución tiene que cumplir esa meta porque mensualmente van auditorías y fiscalizadores que toman historias al azar y controlan si los niños realmente fueron vistos por pediatra o si llenaron el carné del adolescente, que es otro objetivo a realizar.

Entonces, en función del cumplimiento de la meta es que la institución recibe ese 10% de la cuota Fonasa. Eso ha motivado a las instituciones públicas y privadas a que sus médicos y personal de salud lleven adelante todos los mecanismos institucionales para que las metas sean cumplidas; en primer lugar, porque son metas

sanitarias y, en segundo término, porque si las cumplen van a recibir ese dinero; de lo contrario, no lo reciben. Estamos hablando de muchos millones de dólares. Por eso es un premio incentivo: se cumple la meta, mejora la calidad asistencial y se cobra lo que se pactó; si no, no se cobra. Esa es la primera meta, que creo que es la más importante.

Tenemos otras metas que tienen que ver con la tercera edad, como los controles obligatorios de toda persona mayor de sesenta y cinco años que tiene que ir a consulta dos veces al año, llenar una ficha y hacerse los exámenes correspondientes. Por su parte, los mayores de setenta años deben acudir tres veces al año a realizarse esos controles, de manera que también se auditan esas historias y se comprueba si las personas concurrieron en el período que corresponde.

Por un lado, eso determina que las instituciones se obliguen al control y al seguimiento de sus pacientes y, por otro, que cobren el dinero.

Por otra parte, queremos volver a lo que antiguamente llamábamos el viejo médico de cabecera, el médico de referencia que atendía a la familia, tanto al padre, a la madre, como a los gurises. La medicina ha evolucionado tanto que hoy si me duele la cabeza, me mandan al neurólogo; si me duele la garganta, me mandan al otorrinolaringólogo; no hay un médico de referencia. Nosotros estamos volviendo a que cada paciente tenga su médico personal, porque en los últimos veinte o veinticinco años ese concepto de médico de referencia o de cabecera se ha perdido. Para implementar el sistema de salud que queremos, cada uno de nosotros necesariamente debe tener un médico de referencia. Todo esto tiene que ver con el tema de las cápitas que estamos implementando.

SEÑORA LAUSLAHTI (Sanna). (Interpretación del idioma inglés).- Acudo en mi calidad de parlamentaria del National Coalition Party.

Quisiera saber cuáles son las dificultades que han tenido en este proceso y cuáles son las principales metas y propósitos que están planificando llevar a cabo.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Debemos ser justos con lo que vamos a plantear.

Nosotros estamos hace un año en el Parlamento Nacional, integrando la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes. Como ustedes saben, durante el primer año del período legislativo en este ámbito se trata el tema del presupuesto nacional quinquenal. Por lo tanto, en ese período, en el cual me correspondió ejercer la Presidencia de la Comisión, nos abocamos específicamente al tratamiento de ese tema.

Ahora estamos transitando el segundo año del período: la actual presidenta de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social ingresó hace muy poco a la Cámara. Y aunque parezca mentira -pero no lo es-, en el día de ayer bajamos un montón de proyectos de ley -son como veinticinco- y en la próxima sesión de la Comisión vamos a priorizar los temas a tratar en el presente año.

Desde hace mucho tiempo tengo la idea de que esta Comisión no debe legislar por patología. Nosotros recibimos a muchas delegaciones como la Asociación de Diabéticos del Uruguay, autistas, celíacos, portadores de HIV, pacientes con tuberculosis -en fin: todas las patologías- y cada uno de esos grupos quiere tener una ley. Y esto es algo que hemos conversado en el período anterior: no podemos legislar por patologías: debemos hacer leyes que estén en consonancia con las políticas de Estado en materia de salud.

Otro tema importantísimo que tenemos en carpeta es el de salud mental que, cuando ingrese, será prioritario para la Comisión sacarlo antes de fin de año, porque para el país es necesario resolver este asunto.

Hay otra prioridad que tiene que ver con los medicamentos de alto costo; este es un problema que el mundo no tiene resuelto. En ese sentido, me gustaría devolverles la interrogante y preguntarles cómo tienen resuelto el tema de los medicamentos de alto costo para los pacientes con distintas patologías, como el cáncer en etapa terminal. No me refiero a medicamentos que curan el cáncer, sino a aquellos que mejoran la calidad de vida y prolongan la vida solo por algunos meses.

SEÑORA RAASINA (Saari). (Interpretación del idioma inglés).- Gracias por su pregunta: precisamente, iba a formulársela a ustedes.

Yo soy miembro del Parlamento por el Partido Nacional de la coalición: soy médica general y he trabajado en oncología.

Nosotros nos estamos planteando el mismo problema que ustedes y hasta el momento en nuestro sistema de salud hemos podido incorporar en la práctica todas las medicinas disponibles en el mercado. Al mismo tiempo, por supuesto que cuando se nos presentan nuevas drogas y los gobiernos permiten que esos medicamentos se introduzcan a la práctica, en algunas áreas podemos aplicar todo lo que está en el mercado, pero nuestro sistema tiene algunas limitaciones, particularmente, en los tratamientos al final de la vida o en tratamientos paliativos oncológicos. Es allí donde es preciso considerar cuáles son los pacientes, en qué estadio de la enfermedad se encuentran y qué pronóstico existe para ellos cuando se va a utilizar esta nueva medicación, por ejemplo, para melanoma y otro tipo de cáncer, que son productos sumamente costosos. Esta es una pregunta que se plantean médicos, políticos, funcionarios públicos y autoridades de salud pública. Estamos discutiendo el tema todos juntos y puedo afirmar que vamos a seguir teniendo conversaciones para determinar qué política aplicar sobre este tipo de medicamentos en los próximos años.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Yo creo que la sociedad en su conjunto tiene un gran desafío por delante.

Estoy absolutamente convencido de que si un pueblo, una nación no entiende esta problemática, es muy difícil explicarle la situación al paciente o a la mamá de ese paciente que requiere tal medicamento. Entonces, es preciso que haya un sinceramiento de la sociedad en su conjunto, donde incluyo a las personas y al sistema jurídico de cada país, porque un juez que no conoce el tema, tiene en sus manos la potestad de dar o no dar un medicamento. También hay responsabilidad en la prescripción por parte del médico y por supuesto en la industria farmacéutica.

Entonces, hasta que la sociedad no entienda que hay que dar un debate serio y profundo a este respecto, es muy difícil explicarle a una mamá que no vamos a suministrar un medicamento que vale US$ 150.000 para que su hijo viva tres meses. Este es un ejemplo claro de lo que vivimos diariamente los cirujanos. El tratamiento de un melanoma vale alrededor de US$ 350.000 en Uruguay, para una sobrevida de seis meses. Eso está probado en el mundo; entonces, ¿esto es ético o no lo es? Digo una vez más que hasta que la sociedad en su conjunto no comprenda este tema, no podemos hacer el debate. Este es un gran desafío que tienen los gobiernos para empezar a acordar grandes líneas programáticas y para ir buscando los instrumentos necesarios, conjuntamente con la industria farmacéutica.

Yo creo mucho en el riesgo compartido entre la industria farmacéutica y el Estado. Si se me quiere vender un producto, es preciso que se me demuestre que sirve: entonces, que primero me lo suministren gratuitamente y, cuando yo empiece a ver resultados en los pacientes, empezaré a pagar. Eso se llama "riesgo compartido" y se está aplicando con algunos laboratorios, con otros no.

Me parece que tenemos mucho para trabajar en conjunto hacia delante: la compra conjunta de los países que integran el Mercosur para abaratar costos, la compra entre regiones; en fin, tenemos mucho por delante para seguir trabajando.

SEÑORA RAASINA (Sari) (Interpretación del idioma inglés).- Cuando uno habla sobre los cuidados de la salud, me parece que es muy importante tener en cuenta el rol de las ONG, de las organizaciones de pacientes. Hay que tener conversaciones abiertas con la sociedad, tratar de informar a las ONG. ¿Cómo funciona esto en Uruguay? ¿Ustedes incluyen a las ONG en la discusión de los temas vinculados a la salud?

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Una de las reformas más importantes del sistema de salud fue el involucramiento de la sociedad civil organizada en la toma de decisiones. Por ejemplo, hay representantes de la sociedad civil organizada en el directorio de ASSE, que es el organismo público prestador de servicios de salud más importante del país y hay integrantes de organizaciones sociales, de trabajadores y de ONG en la Junta Nacional de Salud. Por supuesto, esta es una reforma nueva; recién empieza; tiene pocos años. Me parece que tenemos que apostar a la participación social. Cuando hablo de participación social me estoy refiriendo, precisamente, a Organizaciones No

Gubernamentales luchando por sus derechos. Creo que hemos avanzado, pero tenemos un camino largo por delante.

La creación de las ONG debe ir de acuerdo con las patologías o las necesidades que existan en determinado momento. Una ONG muy importante es la de los pacientes con HIV, porque se organizan, hay financiación del exterior, pero también somos conscientes de que hay organizaciones sociales vinculadas a una patología que no tienen los medios para poder desarrollarse.

Creemos en las organizaciones sociales, en las ONG, en los gremios nucleados en una sociedad.

SEÑORA ALANKO- KAHILUOTO (Outi) (Interpretación del idioma inglés)-.- Gracias por esta interesante discusión. Represento el Partido Verde en Finlandia.

Hoy nos reunimos con la ministra de Desarrollo Social de Uruguay y advertimos que la sociedad uruguaya y la finlandesa son bastante similares, en tanto ambas valoran la idea de que el Estado posibilite que sus ciudadanos tengan una buena vida, por ejemplo, buena educación, etcétera.

En ese sentido, me gustaría escuchar su opinión con respecto a las políticas de igualdad, especialmente, de igualdad entre hombres y mujeres. Debo decir que nuestro Comité está contento de saber que Uruguay tiene legislación tan moderna y que la mujer tiene el derecho de decidir sobre su propio cuerpo y sobre el aborto, si realmente lo desea.

Me gustaría repetir una pregunta de mi colega Annika Saarikko. Ella preguntó si fue difícil la elaboración de la ley sobre el aborto en Uruguay. En particular, me gustaría escuchar si ustedes tienen algún objetivo o meta con respecto a las políticas de igualdad de género en Uruguay y, especialmente, la relación de los derechos de mujeres y hombres; específicamente, cuáles son las metas y objetivos en materia de cuidados y políticas de salud.

Gracias.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Voy a dividir la respuesta en dos partes, porque mis compañeros manejan muy bien la parte relativa a los derechos.

Me voy a referir específicamente al aborto, porque trabajamos intensamente en la ley. Como ustedes bien saben, la ley sobre interrupción voluntaria del embarazo -como le llamamos acá- fue muy debatida y cortó transversalmente a todos los partidos políticos. Esto no fue una decisión de un partido o de otro, sino que hubo votos a favor y en contra en todos los partidos políticos. Finalmente, logramos la aprobación de la ley; trabajé para que así fuera, porque creo en el derecho de la mujer. Creo en la vida, pero también creo en el derecho de la mujer a decidir qué hacer sobre su cuerpo, por supuesto, con determinadas pautas.

En el primer período de gobierno del Frente Amplio, que comenzó en el año 2005, se aprobó el proyecto de ley, pero el presidente de la República no estaba de acuerdo, por lo que la iniciativa fue vetada por el Poder Ejecutivo. Tuvimos una gran decepción, porque después de muchos años de trabajo el proyecto fue vetado por el Poder Ejecutivo.

En el siguiente período de gobierno del Frente Amplio, con otro presidente, comenzamos a trabajar nuevamente en el proyecto y logramos implementar la interrupción voluntaria del embarazo.

Por suerte, las cifras correspondientes a la cantidad de abortos que manejábamos antes, después, no se ven reflejadas en los hechos.

Creo que hay mucho para perfeccionar. Por supuesto, cuando se elabora una ley de esta naturaleza hay mucha negociación interpartidaria; a veces, hay que hacer concesiones que a uno no le gustan. Por suerte, hoy logramos que la mujer tenga el derecho a ir a una policlínica específicamente programada con ese fin, cumpliendo con una serie de ítems. Ustedes pueden acceder a la ley y conocerla en profundidad.

A mi entender -no quiero comprometer la opinión de nadie porque, como dije, esto corta transversalmente a todos los partidos políticos; hay gente que está de acuerdo y gente que está en contra-, ha habido avances

importantes en todo lo que tiene que ver con la salud sexual de la mujer. En el período anterior empezamos a colocar DIU en forma gratuita, a proporcionar pastillas anticonceptivas por un tique con un valor de menos de US$ 2, a realizar la vasectomía en forma gratuita. Reitero: hubo adelantos muy importantes en lo que refiere a la salud sexual y reproductiva de las personas.

SEÑORA VIEL (Stella).- Damos la bienvenida a quienes nos visitan, sobre todo, a los señores diputados que acompañan a esta delegación femenina.

Soy diputada por el partido de Gobierno. Pertenezco a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social. Esta Comisión de Salud es tremendamente humana. Muchas veces nos vamos con ese dolorcito por no poder solucionar algunas cuestiones porque la burocracia del sistema no lo permite. Igual ponemos corazón. En medio de un año muy agitado, cuando se elaboró el presupuesto quinquenal, pudimos poner cabecita a la salud mental y se dio la gran pelea por los medicamentos. Esa pelea va a ser eterna.

Le voy a contestar a la señora diputada sobre el tema de la igualdad.

Ustedes decían que de gobierno a gobierno se transmite como la escala de valores. A nosotros nos cuesta porque somos cuatro partidos en el Gobierno, y ponernos de acuerdo no es nada fácil.

Tenemos una bancada bicameral femenina que no tiene potestades legales para llevar adelante un proyecto de ley pero sí puede elaborarlo y presentarlo al legislativo. Esta bancada femenina elaboró muchísimos proyectos de ley que fueron aprobados, que tienen que ver con la salud de la mujer. Además, esta bancada femenina es la que llevó a cabo la ley de cuotas, que ya se venció y no la tenemos para el próximo Período. En este momento estamos en plena tarea con la elaboración de una iniciativa sobre paridad.

Hay que convencer a la otra parte de la bancada femenina.

Asimismo, esta bancada ha dado las herramientas para la elaboración de un proyecto de ley sobre la violencia al género que remitió el Poder Ejecutivo y cuenta con cien artículos.

Solicité que me trajeran tres o cuatro libros que me gustaría que se los llevaran porque allí figuran muchísimos proyectos de ley que fueron aprobados por los distintos gobiernos. Esta fue una tarea de todas las mujeres de los cuatro partidos políticos representados en el Parlamento. Acá se trabajó de una manera que de pronto no se puede en el Legislativo. Las mujeres, además de ganarnos el lugar, hacemos cosas para nuestra gente.

Muchas gracias.

SEÑORA HAATAINEN (Tuula) (Interpretación del idioma inglés).- Muchas gracias por estas observaciones y este pantallazo general del sistema de salud en Uruguay y de los problemas más cruciales e importantes que nos han presentado.

También les agradezco por compartir este tiempo con nosotros. La última pregunta que voy a responder tiene que ver con el aborto.

En Finlandia todas las mujeres tienen derecho a elegir si quieren continuar o no con el embarazo, si quieren o no practicarse el aborto. Nuestra experiencia mostró que, cuando hemos brindado esta posibilidad, se redujo la cantidad de abortos. Al mismo tiempo, hemos combinado muchas políticas sobre planeamiento familiar; por ejemplo, enseñamos y formamos a las personas sobre el uso del anticonceptivo y el derecho de un aborto seguro. En todo este aspecto, hemos obtenido los mejores resultados. De todas formas, ello es algo en lo que se va a seguir trabajando en el futuro.

El sistema en Finlandia se basa en tres principios: servicios universales para todo el mundo, servicios que son pagos a partir de la recaudación impositiva y las municipalidades son responsables de los servicios y de la organización de los servicios de salud para la población. Pero, en este momento, hemos reconocido que nuestro sistema no está cumpliendo con esta base. El motivo es el cambio demográfico y también los costos de los servicios sociales y de salud. Ustedes han mencionado que tienen problemas con respecto al aumento de los costos de los tratamientos, porque toda esta estructura es sumamente costosa.

Tenemos 300 municipalidades y algunas no pueden costear este servicio. De todas formas, concretamos algunos acuerdos para llevar adelante una reforma en el sistema de salud y en lo social.

Nuestro gobierno resolvió que se debe llevar adelante estas reformas. Vamos a tener 18 provincias que serán las responsables de los servicios de salud y de las políticas sociales, que se encargarían de financiarlos. También vamos a contar con cinco organismos o entidades encargados de los cuidados médicos especializados. Estos organismos organizarán lo que refiere a los tratamientos, por ejemplo, para el cáncer y las especialidades en cada área. Esto se está tratando de implementar en la nueva legislación. Esta iniciativa será analizada por nuestra Comisión en el mes de octubre y, luego, se comenzaría a discutir la reforma. Por este motivo, fue muy interesante toda la información y opiniones que nos dieron con respecto a lo que aquí se está haciendo.

Cuando existen tantas similitudes nos entendemos unos con otros y por ello queremos invitarlos a que nos visiten en Helsinki para seguir discutiendo sobre estas cuestiones. Quizás, ustedes puedan aprender de nosotros como nosotros lo hemos hecho en esta visita.

Gracias por compartir este tiempo con nosotros. Nos gustaría que nos volviéramos a ver en otra oportunidad.

SEÑOR SIUKSAARI (Jukka) (Interpretación del idioma inglés)-.- Muchas gracias también de parte de la embajada por recibirnos hoy. También quiero agradecer a mis colegas de la cancillería uruguaya por facilitar esta reunión. Pienso que la visita de nuestra Comisión en Uruguay es otro paso adelante en cuanto a la buena cooperación que tenemos entre los dos países.

Existe una distancia demasiado grande entre nuestros países pero hay similitudes; somos pequeños países, tenemos desafíos similares en demografía, en el cuidado de la población. En este sentido, tenemos muchas preguntas para formular y manejar juntos a través de reuniones de este tipo, que nos ayudan.

Los miembros de la Comisión de Salud regresan a Finlandia el sábado pero la Embajada y el Consulado quedan acá, por lo que quedamos a vuestra disposición para responder cualquier consulta que surja en cuanto al sistema de salud y asuntos sociales de mi país. Esperamos continuar este diálogo en las visitas.

Muchas gracias por recibirnos, y buen seguimiento.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis Enrique).- Para nosotros fue un honor y un placer haber compartido este rato. Creo que tienen un gran desafío por delante porque cuando uno cambia un sistema de salud, debe hacerlo sobre pilares fundamentales: el legal, el rol del Parlamento, que es capital, así como la toma de decisiones. A partir de octubre, les espera un año de mucho trabajo.

Nosotros siempre hemos estado trabajando en el tema de salud por lo que podemos hacerles llegar todas las leyes que hicieron posible todo esto que comentamos. Esto se basa fundamentalmente en tres leyes. La primera descentraliza los servicios de salud del Estado. Antes era el Ministerio de Salud Pública que hacía la tarea asistencial y se creó una ley para deslindar la responsabilidad de esta Cartera y ahora hay un prestador público que presta los servicios y el Ministerio está por arriba de esto. Luego, la segunda ley creó el Sistema Nacional Integrado de Salud y, una tercera, creó el fondo que administra los dineros que después se reparten entre las instituciones. Después, se creó una ley sobre los deberes y derechos de los usuarios, que es un capítulo muy importante y trascendente para los ciudadanos.

Creo que a través de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social les podremos hacer llegar estos tres proyectos de ley no para que los copien, sino como un insumo. También nos gustaría que nos mandaran los adelantos de los proyectos de ley que están imaginando.

Muchas gracias por su visita.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos al señor embajador la buena disposición con esta comisión para seguir intercambiando toda la información sobre estos temas. También agradecemos la presencia de toda la delegación en nombre de la señora presidenta; realmente es un honor haber recibido tan importante visita.

Como bien dijo el señor diputado Gallo Cantera, tenemos la mejor disposición para colaborar con la información que ustedes necesiten. Será un honor poder dar respuesta a la invitación que nos han cursado; será muy lindo visitarlos en su hermoso país. Sabemos que otros diputados ya han visitado Finlandia por otros temas, integrando delegaciones en nombre de Uruguay, y que quedaron muy encantados con las bellezas del país, con su funcionamiento y con su población. Por lo tanto, será un honor seguir intercambiando experiencias con ustedes en estos temas de salud.

Felicito a las señoras integrantes de la delegación porque enfrentan un gran desafío: no es fácil ser mujer y estar en política.

Quiero que sientan que tienen las puertas abiertas de este país y del Parlamento. En nosotros siempre van a encontrar un anfitrión para recibirlos. Ha sido un honor contar con su visita, algo que enaltece el Parlamento uruguayo.

Muchas gracias.

(Aplausos)

——Se levanta la reunión.